

**Slovenská lekárska komora**

Nová Rožňavská 3  
831 04 Bratislava

**Vec: Žiadosť o vydanie potvrdenia o trvaní registrácie v registri** zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú povolanie farmaceut

**Podpísaná/ý:**

1. Titul, meno, priezvisko : .....

2. Registračné číslo : .....

týmto žiadam Slovenskú lekársku komoru (SLeK) o vydanie potvrdenia o trvaní registrácie v registri zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú povolanie farmaceuta to ku dňu vydania potvrdenia.

V .....dňa .....

.....  
/vlastnoručný podpis/

**Povinná príloha :**

- kópia dokladu o zaplatení poplatku za vydanie potvrdenia o trvaní registrácie(člen SLeK 4€ / nečlen SLeK 10€).